

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N° 361

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **Henri GAILLARD**

Interne des Hôpitaux de Paris

ANUS ILIAQUE CONTINENT

SELON LA TECHNIQUE DE M. LE PROFESSEUR CUNÉO

Président : M. CUNÉO, professeur.



A. MALOINE ET FILS, ÉDITEURS

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS 1923

136

361

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

188

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **Henri GAILLARD**

Interne des Hôpitaux de Paris

ANUS ILIAQUE CONTINENT

SELON LA TECHNIQUE DE M. LE PROFESSEUR CUNÉO

Président : M. CUNÉO, professeur.



A. MALOINE ET FILS, ÉDITEURS

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS 1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. ROGER
Assesseur	G. POUCHET
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	X...
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la première enfance	CLAUDE
Clinique des maladies des enfants	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	Dr LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU
Clinique propédeutique	SERGENT

Agrévés en exercice.

MM.	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ABRAMI	FIESSINGER	LELORIER	REITTERER
ALGLAVE	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BAUDOUIN	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BLANCHETIÈRE	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
BRANCA	GUILLAIN	LEVI-SOLAL	SCHWARTZ (A)
CAMUS	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBÉ (HENRI)	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVAS-	OKINCZYC	
DEBRE	TINE	PHILIBERT	
DESMAREST	LANGLOIS		

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MES PARENTS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur BERNARD CUNÉO

Professeur d'anatomie médico-chirurgicale
à la Faculté de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur

En le remerciant de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse et en lui exprimant toute notre gratitude pour la bienveillance qu'il a montrée à notre égard et pour l'enseignement si lumineuse qu'il a si bien voulu nous donner dans son service l'hôpital Lariboisière.

A NOTRE MAÎTRE

M. le DOCTEUR WIART

Chirurgien de l'hôpital Lariboisière

En le remerciant de la place qu'à la fin de notre internat il nous a réservée dans son service et en lui témoignant toute notre reconnaissance pour les leçons qu'il nous a données et pour les conseils toujours si judicieux qu'il nous a prodigués.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. le Dr ESMEIN (*in memoriam*)
Médecin des Hôpitaux

Externat

1913-1914. M. le Professeur LEJARS

Professeur de clinique chirurgicale
Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine

1914. M. le Dr BROUARDEL
Médecin de l'hôpital Necker.

1919-1920. M. le Dr DUFOUR
Médecin de l'hôpital Broussais.

Internat

1920-1921. M. le Dr HALLOPEAU
Chirurgien de l'hôpital Trousseau

1921 1922. M. le Professeur agrégé DESMARETS
Chirurgien de l'hospice de Bicêtre

M. le Dr MÉTIVET
Chirurgien des Hôpitaux

M. le Dr DEVRAIGNE
Accoucheur de l'hôpital Lariboisière.

1922-1923. M. le Professeur CUNÉO

Chirurgien de l'hôpital Lariboisière

M. le Dr PICOT

Chirurgien des Hôpitaux

1923-1924. M. le Dr WIART

Chirurgien de l'hôpital Lariboisière

M. le Dr ROUX-BERGER

Chirurgien des Hôpitaux

ANUS ILIAQUE CONTINENT

SELON LA TECHNIQUE DE M. LE PROFESSEUR CUNÉO

INTRODUCTION. HISTORIQUE

Ce travail a pour objet l'étude d'un procédé d'anus iliaque continent. Ce procédé a été imaginé par le professeur Cunéo au début de 1921 mais il n'a été publié qu'un an plus tard (*Presse médicale*, 19 avril 1922).

Depuis cette publication des faits nouveaux ont nécessité des modifications profondes dans la technique de M. Cunéo, ce sont ces modifications qui légitiment cette thèse, ce sont elles que nous aurons surtout en vue dans notre description ; ce travail étant essentiellement une étude de technique chirurgicale, notre intention n'est pas de consacrer un gros chapitre à la bibliographie beaucoup trop considérable des anus continents. La continence des anus artificiels est en effet une de ces questions qui de tout temps ont intéressé les chirurgiens et les essais qu'on a faits pour suppléer à l'absence de sphincter sont innombrables.

On peut dire cependant que jusqu'à ces dernières années les efforts des chirurgiens ont été guidés par

deux idées directrices : les uns ont cherché à réaliser un anus artificiel en faisant passer l'intestin à travers un défilé musculaire, les autres ont espéré qu'une coudure ou qu'une torsion de l'intestin pouvait rendre à l'anüs ainsi fait un certain degré de continence.

L'échec de ces procédés n'étant plus à démontrer les recherches des chirurgiens ont pris récemment une orientation nouvelle.

En France ce sont les communications d'Ombredanne (Société de chirurgie, novembre 1920) sur les procédés de tunnellisation et leur emploi dans la continence de certains orifices qui ont ouvert la voie nouvelle.

Peu de temps après, en effet, M. François d'Anvers, communication faite à la Société de chirurgie par M. Ombredanne 16 mai 1921, obtenait la continence d'un anus iliaque par le port d'un appareil à deux branches pour lequel au préalable il avait créé deux tunnels cutanés circonscrivant l'orifice même de l'anüs.

A la même époque et s'inspirant également des communications de M. Ombredanne M. le Professeur Cunéo songeait à obtenir la continence des anus en exerçant à l'aide d'un appareil une compression suffisante sur l'intestin, mais cette compression au lieu de s'exercer sur le pourtour même de l'anüs comme le préconisait M. François d'Anvers devait s'exercer à quelques centimètres en amont du nouvel anus. En novembre 1921 M. Cunéo présentait à la société de chirurgie le premier malade opéré selon son procédé.

Enfin plus récemment encore aux procédés nécessitant la tunnellisation M. Schwartz (Société de chirurgie,

30 mai 1922) et surtout M. Lambret (Société de chirurgie, 27 juin 1922) opposaient une technique qui négligeant toute tunnellisation permettait d'obtenir la continence en obturant l'extrémité de l'intestin largement extériorisé. Tout appareil compresseur était de la sorte supprimé. Actuellement le chirurgien se trouve donc en présence de deux techniques d'anüs continent : celle de M. Cunéo et celle de M. Lambret.

Notre intention n'est pas d'établir un parallèle entre les deux méthodes ; nous nous bornerons à décrire la technique de M. Cunéo.

Avant d'entrer dans l'exposé du sujet nous devons encore ajouter qu'à l'étranger la question des anus continents a pris une orientation semblable et dans la littérature allemande en particulier on trouve décrits depuis un an ou deux des procédés qui s'inspirent des principes qui ont guidé M. Cunéo et Lambret.

(Les lecteurs trouveront à l'index bibliographique les articles allemands auxquels il est fait allusion.)

PRINCIPE DU PROCÉDÉ

Le procédé de M. le professeur Cunéo est basé sur le principe suivant :

Le gros intestin comme il découle des constatations faites par Wilms est capable de supporter un certain temps une compression linéaire et cette compression peut être suffisante pour obstruer la lumière intestinale et arrêter le cours des matières.

Pour transporter dans le domaine pratique un tel principe il faut que la compression intestinale se fasse entre deux surfaces cutanées.

M. le professeur Cunéo a donc imaginé :

1° La création d'un *tunnel* cutané au-dessus duquel il fait passer l'intestin extériorisé.

2° Le recouvrement par glissement d'un lambeau cutané de tout l'intestin extériorisé.

C'est dire en somme que dans la technique de M. le professeur Cunéo il est deux points originaux, c'est d'une part la création du tunnel cutané sous-jacent à l'intestin et destiné à recevoir une des branches de l'appareil compresseur et d'autre part la dissection d'un lambeau cutané qui viendra recouvrir l'intestin extériorisé.

risé et sur lequel s'appliquera l'autre branche de l'appareil compresseur.

Ainsi la compression intestinale se fera entre deux surfaces cutanées et cette compression au lieu de s'exercer sur le pourtour même de l'anüs s'exercera nettement en amont.

INDICATIONS DE L'ANUS ILIAQUE CONTINENT

Les indications de l'anus iliaque continent sont très *limitées* et le chirurgien qui systématiquement voudrait appliquer à tous les anus la technique de M. Cunéo aurait de tels déboires qu'il serait amené à condamner cette technique.

L'anus iliaque continent doit être *surtout* utilisé comme *anus définitif* et beaucoup *plus rarement* comme *anus temporaire*.

A. — Anus temporaire.

Il est quelques cas où un anus continent peut être précieux pour un malade alors même que cet anus est temporaire et l'on peut être autorisé à pratiquer un anus continent quand on prévoit la nécessité de dériver les matières pendant plusieurs années.

Ces cas répondent à une *affection bénigne* du rectum et le rôle de la dérivation intestinale est de faciliter le traitement de l'affection et d'en permettre la guérison au bout d'un temps plus ou moins long.

Dans ces conditions l'on conçoit que l'anüs continent puisse être utilisé dans quelques cas de *rectiles tenaces* mais il est plus souvent indiqué dans les *rétrécissements peu marqués* du rectum, rétrécissements soit cicatriciels, soit inflammatoires (tuberculose ou syphilis).

Dans ces cas en mettant le rectum au repos l'anüs iliaque permet :

1° De soigner la rectite qui accompagne tous les rétrécissements du rectum et qui revêt assez souvent le type proliférant.

2° De s'attaquer enfin au rétrécissement lui-même lorsque la rectite a disparu.

L'anüs iliaque temporaire trouve encore son indication dans ces rétrécissements *périrectaux* sur lesquels M. Kuss a insisté et qu'on observe surtout chez la femme à la suite d'affections annexielles (salpingites), et plus rarement chez l'homme à la suite de suppurations chroniques de la prostate.

Pour ces cas la dérivation des matières permettra secondairement de traiter les affections génitales en cause, de pratiquer en toute sécurité une véritable décortication rectale qui amènera la guérison du malade.

Enfin l'anüs iliaque temporaire peut être destiné à faciliter la cure de certaines fistules RECTO-VÉSICALES et surtout RECTO-VAGINALES.

Dans tous ces cas la dérivation est évidemment temporaire, et si pour beaucoup de chirurgiens la réalisation d'un anus continent dans de telles circonstances est superflu et présente en outre l'inconvénient de com-

pliquer une opération facile et de rendre plus délicat le rétablissement ultérieur de la circulation intestinale, l'on conçoit très bien que la question soit jugée sous un jour tout autre par les malades et que l'on soit amené à pratiquer un anus continent alors même que cet anus est appelé à disparaître au bout d'un an ou deux.

B. — Anus définitif.

Mais il est évident que c'est surtout pour les anus définitifs que la continence est précieuse. Les anus définitifs sont nécessités par une affection grave du rectum.

1° Anus sans exérèse.

Tantôt cet anus définitif est le seul remède qu'on ait à proposer au malade : c'est le cas de certains cancers et de certaines tuberculoses du rectum qui ne relèvent plus du domaine chirurgical.

La continence est alors d'autant plus utile que certaines tuberculoses ano-rectales sont compatibles avec une vie assez longue, et qu'avec l'aide du radium les malades atteints de cancers inopérables peuvent avoir l'existence prolongée.

2° Anus avec exérèse.

Tantôt au contraire l'anus définitif constitue le premier temps d'une exérèse rectale.

Il en est ainsi dans les cancers du rectum au début,

dans les tumeurs villeuses du rectum, dans les rétrécissements très serrés du rectum, ou dans certaines tuberculoses rectales.

CONTRE-INDICATIONS

Telles sont les principales circonstances qui peuvent justifier la création d'un anus continent.

Mais il faut savoir que lorsque ces indications se trouvent réalisées, il existe encore un certain nombre de facteurs dont il faut tenir compte avant d'entreprendre un anus continent.

Ces facteurs sont représentés par : l'état général du sujet, l'état de la paroi abdominale, le degré de distension intestinale, la variété anatomique du meso sigmoïde.

Il nous paraît inutile de dire que l'anus continent ne doit pas être pratiqué chez un sujet dont *l'état général est précaire*.

Il ne doit pas être pratiqué non plus chez les *obèses*, chez les sujets à *paroi abdominale* faible et *adipeuse*. Une bonne paroi sans pannicule adipeux facilite en effet considérablement l'application de la technique de M. Cunéo.

De même l'anus continent est formellement contre-indiqué dans les cas d'*occlusion* ou même de *subocclusion* (observation de M. Picot) et dans ce cas il vaut mieux établir une dérivation sur le cæcum et ne réaliser que secondairement l'anus iliaque.

La distension intestinale nécessite en effet le fonc

tionnement immédiat de l'anus, d'où infection de la paroi et échec du procédé.

Enfin il est des cas où alors même que toutes les conditions précédentes sont réalisées il est prudent cependant de ne pas employer la technique de M. Cunéo, c'est lorsque l'abdomen étant ouvert on tombe sur *côlon sigmoïde à méso très court* ou bien sur un *côlon sigmoïde volumineux, dilaté*, recouvert de grosses franges adipeuses.

L'extériorisation du côlon sigmoïde dans le premier cas, son recouvrement par le lambeau cutané dans le second cas rendent délicate la technique de M. le professeur Cunéo et il vaut mieux dans ces cas faire un anus ordinaire.

Nous nous empressons d'ajouter que toutes ces contre-indications qui limitent il est vrai considérablement l'emploi de l'anus continent ne sont pas spéciales à la technique que nous allons décrire et les mêmes contre-indications se posent pour tous les procédés qui nécessitent une extériorisation marquée du côlon sigmoïde. — Paroi abdominale adipeuse, anse sigmoïde fixée et courte, anse sigmoïde volumineuse constituent vraiment l'écueil de ces techniques et cela qu'il s'agisse de la technique de M. le professeur Cunéo ou de celle de M. Lambret.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

I. — Création du tunnel cutané.

Le premier temps opératoire a pour but la création d'un tunnel cutané. Pour cela il faut isoler un petit lambeau cutané de forme polygonale qu'ensuite on va replier sur lui-même.

2.

A) *Isolement du lambeau cutané.*

En pleine fosse iliaque gauche à deux bons travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, on trace deux incisions en forme de ligne brisée A-B-C-D- et *a-b-c-d-* (fig. 1 et 2). Ces incisions n'intéressent que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Elles sont séparées par un intervalle de 4 centimètres environ. Dans la plus grande partie de leur trajet (AB-*ab*) elles sont parallèles entre elles et parallèles d'autre part à la ligne réunissant l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic.

Près de leurs extrémités elles s'incurvent l'une vers l'autre (AC-BD, *ac-bd*).

Ces deux incisions présentent donc deux segments :

un segment parallèle (AB - *ab*) dont la longueur est de 6 centimètres et un segment oblique à chaque extrémité.

Pour l'incision externe chaque segment oblique AC-BD a une longueur de 1 centimètre et demi environ.

Pour l'incision interne la longueur de chaque segment oblique est réduite à 1 centimètre seulement. Nous verrons dans un instant l'intérêt de pareil artifice.

Ces deux incisions isolent nettement un petit lambeau cutané de forme polygonale qui n'est rattaché à la peau voisine que par deux pédicules latéraux.

B) *Repli du lambeau.*

C'est ce lambeau cutané qui va servir à la constitution du tunnel : il suffit de le replier sur lui-même.

Pour cela il faut tout d'abord décoller les bords du lambeau ; ce décollement doit être à peine marqué car il ne faut pas oublier que ce lambeau est nourri par ses pédicules latéraux et par sa face profonde ; il serait donc dangereux de pousser trop loin le décollement et de supprimer à ce lambeau la vascularisation qui lui vient de sa face profonde. D'ailleurs un léger décollement des bords suffit largement pour permettre de replier ce lambeau sur lui-même.

Pour maintenir le lambeau replié on suture les deux grands côtés (AB, *ab*) du lambeau cutané ; cette suture est faite par quelques points au catgut fin avec une aiguille de Reverdin droite pour suture intestinale.

Cette suture n'intéresse que le derme (fig. 3 et 4).

Si l'on se rappelle que les deux incisions en forme de ligne brisée sont inégales par leur segment oblique on comprendra que la ligne de suture soit reportée vers l'incision interne *a-b*, *c-d*, dont chaque segment oblique est plus court que chaque segment correspondant de l'incision externe, A-B-C-D.

Ce décalage de la ligne de suture aura son intérêt plus tard lors de la mise en place de l'appareil ; c'est lui en effet qui évitera à la ligne de suture la pression maximum de l'appareil, cette pression s'exerçant à mi-distance entre les lignes C-D, et *c-d*.

II. — Tracé et dissection d'un lambeau latéral.

Le tunnel constitué on va tracer puis disséquer un lambeau latéral.

A) *Tracé du lambeau.*

Dans la technique publiée dans la presse médicale M. le professeur Cunéo préconisait deux lambeaux : l'un supéro-externe, l'autre inféro-interne.

L'expérience a montré que le lambeau inféro-interne pouvait subir un sphacèle de sa portion terminale (obs. n° 2).

Le lambeau supéro-externe au contraire n'a jamais donné lieu au moindre sphacèle.

Cette différence dans la vitalité des deux lambeaux s'explique par l'irrigation tout à fait différente des tégu-

ments abdominaux au niveau de la fosse iliaque où est pris le lambeau inféro-interne et au niveau du flanc où l'on découpe le lambeau supéro-externe.

Les téguments de la fosse iliaque sont irrigués par la sous-cutanée abdominale qui remonte presque verticalement jusqu'à la hauteur de l'ombilic, s'anastomosant en dehors avec la circonflexe iliaque superficielle en dedans avec branches perforantes de l'épigastrique.

Le lambeau inféro-interne que préconisait primitivement M. Cunéo étant oblique en bas et en dedans nécessitait la section de la sous-cutanée abdominale. Ce lambeau dont le pédicule était interne n'était donc irrigué que par les perforantes de l'épigastrique trop insuffisantes pour un tel lambeau M. Cunéo a donc modifié sa technique pour ne conserver que le lambeau supéro-externe.

Ce lambeau supérieur de forme trapezoïdale a son grand axe oblique en haut et en dehors (fig. 2).

Sa petite base est inférieure, elle répond au grand segment A-B de l'incision A-B-C-D, pratiquée dans la fosse iliaque. Cette petite base a donc une longueur de 6 centimètres environ.

La grande base est supéro-externe, elle est située au-dessous des fausses côtes. Elle représente le pédicule du lambeau et doit avoir une largeur de 10 à 12 centimètres.

Pour tracer un tel lambeau il suffit de pratiquer deux incisions qui partent en bas des points A et B de l'incision iliaque externe. Ces incisions AE et BF remontent en haut et en dehors; elles divergent sensiblement

et doivent être assez longues pour délimiter un lambeau d'une longueur moyenne de 10 centimètres.

B) *Dissection du lambeau.*

Ce lambeau est alors disséqué, il ne doit comprendre que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. La dissection achevée on a étalé un lambeau E-F-G-H, qui est relevé et placé entre deux clamps (fig. 5).

III. — Ouverture de l'abdomen.

Il faut alors ouvrir l'abdomen et cela au niveau de la large surface mise à nu par la dissection. Nous ne pouvons que répéter ce que M. Cunéo a déjà écrit à ce sujet en faisant toutefois remarquer qu'il faut pratiquer cette *ouverture le plus bas possible*, tout près du tunnel. Cette façon de procéder présente un avantage considérable, car elle réduit au minimum le trajet extra-abdominal de l'intestin et facilite les derniers temps de l'opération. Cette ouverture de l'abdomen au voisinage même du tunnel prend donc une importance capitale. On dissociera les plans musculaires à la façon de Mac Burney et on ouvrira largement le péritoine (fig. 6).

IV. — Découverte et extériorisation du côlon.

Ceci fait on ira à la recherche du côlon qu'il faudra d'abord attirer hors du ventre puis sectionner.

A) *Extériorisation du côlon.*

Il importe d'extérioriser le plus possible le côlon sigmoïde : pour cela il faut dérouler l'anse sigmoïde en tirant sur le bout inférieur jusqu'à ce qu'on soit complètement arrêté : on arrive ainsi à extérioriser la partie du côlon sigmoïde dont le meso est le plus long.

Cette manœuvre, on le conçoit est très facile chez les sujets à meso long et à anse longue, beaucoup plus délicate chez les sujets à meso court et à anse courte et dans ce cas on peut être amené à amorcer un décollement de la portion fixe du colon.

B) *Section du meso-côlon.*

Quand la plus grande partie du côlon sigmoïde a été extériorisée il faut repérer le point où le meso est le plus long. C'est à ce niveau que l'intestin doit être sectionné. Un champ provisoirement marquera ce point.

Avant de pratiquer la section intestinale il faut en effet sectionner le meso.

Pour cela on fait bien tendre le meso par un aide qui tire sur les deux extrémités de l'intestin extériorisé.

Par transparence à travers un meso qui n'est pas trop gras on arrive parfois à découvrir les artères sigmoïdes et les arcades qu'elles forment. Il est capital bien entendu de passer entre deux artères sigmoïdes.

Pour agir avec plus de sécurité il est sage de n'ouvrir d'abord qu'un des feuillet du meso sigmoïde et cette

mesure est surtout prudente chez les sujets dont le meso est très gras. Lorsqu'un des feuillets du meso est ouvert à l'aide d'une sonde cannelée on ira à la recherche des arcades que forment les artères sigmoïdes. Cette recherche doit être faite avec méthode en partant du bord intestinal bien en face du clamp repère et en se dirigeant vers la racine du meso. On peut rencontrer deux arcades, quelquefois trois.

Quand l'anus constitue le seul temps opératoire que nécessite la lésion rectale il n'est pas toujours nécessaire de sectionner toutes les arcades et dans la majorité des cas la section de l'arcade la plus voisine de l'intestin donne au meso suffisamment de liberté pour permettre ensuite une mise en place facile de l'intestin. La section de l'arcade la plus voisine de l'intestin est de plus chose aisée et il est impossible de confondre cette arcade avec une artère sigmoïde. Il n'en est plus de même pour les autres arcades, celles-ci en effet sont beaucoup plus près de la racine du meso, en ce point les artères sigmoïdes sont extrêmement rapprochées et il est assez difficile de les distinguer des arcades : on court le risque de sectionner une artère sigmoïde, surtout l'inférieure, à la place de l'arcade. Dans les cas où l'anus constitue le seul temps opératoire il est donc plus prudent de ne sectionner que l'arcade la plus voisine de l'intestin.

Cette arcade sera coupée entre deux ligatures.

Si l'on oubliait de faire les ligatures avant la section les extrémités de l'arcade sectionnée se rétracteraient au milieu du tissu graisseux du meso, la ligature présente-

rait moins de sécurité car l'on serait exposé à lier en même temps non seulement le vaisseau rétracté, mais aussi l'artère sigmoïde voisine.

L'arcade une fois liée et coupée, on achèvera la section du méso dans la partie voisine de l'intestin (fig. 7).

c) Section de l'intestin.

Il faut alors pratiquer la section de l'intestin au niveau du clamp repère ; cette section peut se faire soit après écrasement, soit entre 2 clamps ; ce qui importe c'est que cette section ne soit pratiquée qu'après une protection extrêmement minutieuse du champ opératoire et cela pour prévenir toute infection de la plaie cutanée.

d) Fermeture de l'intestin.

Le côlon sigmoïde sectionné il faut fermer les 2 extrémités de l'intestin.

α) Fermeture du bout inférieur.

Le bout inférieur doit être fermé avec le plus grand soin. Les procédés de fermeture ne manquent pas et chaque chirurgien a le droit d'employer la technique qui lui est propre. Dans le service du professeur Cunéo on a volontiers recours au procédé de l'enroulement. Ce procédé est particulièrement simple. La tranche de section intestinale est saisie entre les mors d'un pince de Kocher sans griffes, puis on enroule l'intestin sur lui-

même en imprimant à la pince une rotation de 360 degrés.

L'intestin ainsi enroulé est fixé dans cette position par quelques points séro-séreux.

La pince de Kocher est alors desserrée, puis retirée.

L'ablation de la pince de Kocher laisse au centre même de la zone d'enroulement un petit espace qui est assez bien fermé du côté mésentérique par l'enroulement même du mésentère, mais qui est ouvert du côté opposé. Cet espace sera aisément comblé en plaçant un ou deux points séro-séreux aussi bien du côté mésentérique qu'au niveau du point de sortie de la pince.

Lorsque le bout inférieur a été minutieusement fermé soit par le procédé de l'enroulement soit par tout autre procédé, il ne reste plus qu'à le refouler dans le ventre (fig. 8).

β) Fermeture du bout supérieur.

Quant au bout supérieur il doit être également fermé. Cette suture est destinée en effet :

1° A éviter toute issue de matières pendant l'opération et cela pour ne pas faire courir à l'opéré les risques d'une infection pariétale qui serait désastreuse.

2° A assurer la fermeture de l'intestin pendant la semaine qui suivra l'opération et cela pour éviter l'infection pariétale secondaire et obtenir une réunion de première intention.

C'est dire en somme toute la nécessité d'une bonne fermeture du bout inférieur.

V. — Fermeture de l'abdomen.

Ceci fait on attire le plus possible hors du ventre le bout supérieur et on ferme soigneusement l'abdomen en trois plans. Pour éviter que l'intestin ait tendance à regagner la cavité abdominale, on fixera l'intestin en son point d'émergence aux muscles larges de l'abdomen. Il nous paraît inutile d'ajouter que pour parer au danger d'une éventration secondaire il ne faut pas pour cela étrangler l'intestin dans un défilé musculaire trop étroit.

VI. — Mise en place de l'intestin.

L'abdomen fermé on mettra en place le bout supérieur. Pour cela il faut d'abord créer l'orifice cutané qui marquera l'emplacement du nouvel anus.

A) *Création de cet orifice cutané.*

Pour créer cet orifice il suffit de pratiquer à 4 ou 5 centimètres à peine de l'incision *a-b* une incision sous-jacente de forme elliptique. Cette incision circonscrit une sorte de pastille cutanée dont le grand diamètre a 3 centimètres environ. Cette pastille cutanée est enlevée et laisse un orifice qui marque la place du nouvel anus (fig. 2). Ceci fait en décollant le tissu cellulaire sous-cutané on crée au ciseau un petit tunnel qui

partant de l'incision *a-b* aboutit à l'orifice cutané qu'on vient de créer.

B) *Rabattement de l'intestin.*

L'intestin est alors rabattu sur le tunnel cutané qu'il croise perpendiculairement, puis il passe dans le tunnel sous-cutané créé par décollement du tissu cellulaire et il vient émerger au niveau de l'orifice cutané qu'on lui a ménagé.

Si l'on se rappelle que l'abdomen a été ouvert intentionnellement très près du tunnel cutané l'on pourra en déduire aisément que le trajet extra-abdominal n'est pas très long ce qui est un gros avantage lorsque l'anse sigmoïde est courte.

Il sera prudent de laisser en dehors de la peau un petit segment de l'intestin qui s'il est nécessaire sera réséqué secondairement (fig. 9).

L'intestin en place on le fixera solidement à la peau par quelques soies.

1) *Rabattement du lambeau*

Pour terminer l'opération il faut rabattre le lambeau cutané sur l'intestin et le suturer à la peau voisine. Cette suture est assez délicate et doit être faite d'une façon méthodique.

Cette suture comprend 3 temps :

1° Rabattement du lambeau et suture de sa petite base ;

2° Fermeture soigneuse des bords des orifices du tunnel cutané ;

3° Suture des bords latéraux du lambeau.

1° *Rabattement du lambeau et suture de sa petite base.*

(Suivre sur le schéma 5.)

Le lambeau cutané est rabattu sur l'intestin et sa petite base GH doit être suturée au segment *ab* de l'incision interne faite dans la fosse iliaque.

Il est indispensable de placer d'abord les deux points d'angle.

Le point G doit venir en *a*.

Le point H doit venir en *b*.

Mais ces points d'angle doivent en outre assurer le rabattement sur les bords des orifices du tunnel des segments obliques AC-BD d'une part et *ac-bd* d'autre part des incisions faites dans la fosse iliaque.

Pour arriver à ce résultat, il suffit de fixer le point A au point *a* et le point B au point *b*.

Les points d'angle pour assurer à la fois le rabattement du grand lambeau et celui des segments des incisions iliaques sur les bords des orifices du tunnel doivent réunir par un même fil d'un côté les points GA*a* et de l'autre les points HB*b*, avec cette particularité que l'aiguille au niveau des points A et B ne doit traverser que le derme, tandis qu'elle traverse toute la peau au niveau des autres points.

Quand ces points d'angle ont été mis on achèvera de suturer la base GH du lambeau à l'incision *ab*.

*2° Fermeture soigneuse des bords des orifices
du tunnel cutané.*

Lorsque la petite base du lambeau est fixée, il faut fermer soigneusement les bords des orifices du tunnel cutané ; pour cela par un point chaque segment oblique des incisions iliaques sera suturé au bord correspondant du tunnel.

3° Suture des bords latéraux du lambeau.

On achèvera l'opération en suturant les bords latéraux du lambeau EG-FH à la peau voisine AE et BF.

On ne laissera aucun drainage quel qu'il soit sous la peau, mais on appliquera un pansement compressif après avoir pris la précaution d'introduire dans le tunnel une baguette en verre ou une sonde en gomme (fig. 10-11).

Nous nous excusons d'avoir donné de la suture du lambeau une description qui évoque des souvenirs géométriques si cette description peut paraître compliquée, l'opération par contre l'est beaucoup moins et comme le dit très justement le professeur Cunéo il est beaucoup plus difficile de décrire clairement cette opération que de la pratiquer, ne l'aurait-on vue faire qu'une fois.

La technique que nous venons de décrire est généralement facile à appliquer lorsqu'on pratique soit un

anus temporaire, soit un anus définitif non suivi d'exérèse.

L'opération devient plus délicate lorsque l'anus ne constitue qu'un temps de l'exérèse. La difficulté dans ce cas provient de la nécessité où l'on se trouve de couper le meso dans toute sa hauteur et de la peine que l'on peut avoir à distinguer l'artère sigmoïde inférieure de l'arcade la plus rapprochée de la racine du méso.

Lorsque l'exérèse rectale est pratiquée dans la même séance que l'anus le danger que pourrait faire courir au malade la lésion de l'artère sigmoïde inférieure disparaît du fait de l'exérèse ; mais dans ce cas il vaut mieux ne pas chercher à réaliser un anus continent et aboucher simplement le bout supérieur de l'intestin à la peau. Cet abouchement sera fait assez haut au-dessus de la ligne réunissant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure pour faciliter secondairement la transformation de cet anus en anus continent.

Lorsque l'exérèse rectale ne doit être faite que secondairement la section du meso prend une importance capitale et il faut veiller avec le plus grand soin, à ne point léser l'artère sigmoïde inférieure pour éviter le moindre sphacèle du bout inférieur ; d'ailleurs en pareil cas il n'est nullement nécessaire de refouler le bout intestinal inférieur dans l'abdomen et il est aisé de le fixer aux téguments en un point quelconque ; c'est une façon de procéder qui donne au chirurgien plus de tranquillité sans éviter cependant les gros ennuis qui peuvent découler d'une lésion possible de l'artère sigmoïde inférieure.

Telles sont les principales éventualités qu'il y a lieu d'envisager lorsqu'on est appelé à faire un anus iliaque continent.

Adaptation de cette technique aux anus du transverse et à tout anus iliaque préexistant.

La méthode du professeur Cunéo n'est pas réservée seulement aux anus iliaques, on peut l'employer pour l'établissement d'un anus du transverse, enfin on peut l'appliquer à un anus iliaque préexistant et transformer ce dernier en anus continent.

Que la technique de M. Cunéo puisse être employée pour les anus du transverse, cela se conçoit aisément, il suffit de pratiquer le décollement côloépiploïque pour que l'opération soit conduite par la suite comme s'il s'agissait d'un anus iliaque.

Il peut paraître plus difficile de transformer un anus iliaque ordinaire en anus continent. Le but cependant n'est pas impossible à atteindre. La façon de procéder varie légèrement selon la variété d'anús qu'on doit transformer.

1^{er} Cas. — L'intestin a été complètement sectionné ainsi que le meso, le bout intestinal supérieur a été fixé à la peau.

L'opération sera précédée d'une préparation minutieuse des téguments.

Après avoir fermé l'anús par une soie on créera immédiatement au-dessous de l'anús un tunnel cutané par le procédé que nous avons indiqué ; puis on tracera et on

disséquera un lambeau latéral, comme nous l'avons décrit; ce lambeau cependant devra être un peu plus long, car sa petite base touche l'anus et doit être réséquée sur une hauteur de 3 à 4 centimètres. On ouvrira ensuite l'abdomen au niveau du point d'émergence de l'intestin. On extériorisera ce dernier le plus possible et on terminera l'opération en suivant la technique que nous avons indiquée.

2^e CAS. — L'intestin n'a pas été complètement sectionné ou du moins le meso n'a pas été coupé.

Les premiers temps de l'opération sont absolument identiques à ceux du cas précédent.

Le tunnel constitué, le lambeau disséqué, il faudra ouvrir largement l'abdomen, achever la section intestinale si elle n'est pas complète, pratiquer une section suffisante du meso pour permettre d'extérioriser le bout supérieur de l'intestin. A partir de ce point l'opération ne diffère plus de celle qui a servi de description.

Il nous paraît inutile d'ajouter que la transformation d'un anus ordinaire en anus continent exige les plus grandes précautions d'asepsie car les risques d'infection sont considérablement accrus du fait de l'anus préexistant.

Soins préopératoires.

Lorsqu'on veut pratiquer un anus selon la technique que nous venons d'indiquer il faudra dans les quarante-huit heures qui précéderont l'intervention purger et lavement le malade. La vacuité intestinale doit être en effet aussi complète que possible.

Si l'on veut transformer un anus ordinaire en anus continent il faudra de plus préparer soigneusement les téguments et obtenir la cicatrisation rapide des excoriations par une désinfection quotidienne et minutieuse de la peau.

Suites opératoires.

Pour avoir des suites opératoires bonnes on doit condamner les malades à la diète hydrique et leur prescrire 5 centigrammes d'extraits thébaïque tous les jours. Il faut en effet laisser l'anús fermé aussi longtemps que le malade pourra supporter l'occlusion ainsi provoquée. En général les malades peuvent supporter un pareil état quatre à cinq jours ; on note quelques nausées, un peu de ballonnement, mais en faisant comprendre aux opérés l'intérêt qu'ils ont à supporter de pareils malaises on peut très bien n'ouvrir l'anús qu'à une période tardive. L'intestin sera ouvert au thermocautère et le lendemain ou le surlendemain on enlèvera les fils ; il n'y a en effet aucun avantage à les laisser plus longtemps : ces fils s'infectent et peuvent propager l'infection profondément.

S'il est des points où la suture tient mal, des lavages quotidiens avec une solution antiseptique viendront facilement à bout de l'infection que l'issue des matières provoquera fatalement.

Cette infection secondaire est surtout difficile à juguler au pourtour même de l'anús, à ce niveau la peau reste enflammée pendant un certain temps, mais, d'une

façon générale, on peut espérer une cicatrisation parfaite au bout d'un mois.

Accidents immédiats.

Les accidents qu'on peut observer dans les jours qui suivent l'intervention résultent presque toujours d'une faute de technique. Ces accidents se traduisent soit par du sphacèle intestinal, soit par du sphacèle des téguments, soit par l'infection de la paroi.

1° Sphacèle intestinal.

On peut avoir un léger sphacèle de la partie toute terminale de l'intestin mais ce sphacèle extrêmement limité n'a aucune importance si l'on a eu le soin de laisser hors des téguments un court segment intestinal. Un sphacèle étendu relève de la section d'une artère sigmoïde.

2° Sphacèle cutané.

Le sphacèle cutané n'est pas à craindre si l'on n'emploie qu'un lambeau externe.

Avec la technique primitive de M. Cunéo il y avait lieu de craindre un sphacèle de la portion terminale du lambeau interne.

3^o *Infection de la paroi.*

L'infection de la paroi sera évitée. Si on opère avec les précautions d'asepsie habituelle, si l'intestin est fermé avec soin, si l'anus n'est ouvert que tardivement les dernières conditions nécessitent, cela est évident, une vacuité parfaite de l'intestin, elles sont irréalisables chez un sujet en état d'occlusion.

Soins que nécessite l'anus une fois obtenu.

Quand la cicatrisation a été obtenue l'anus demande un certain nombre de soins. Ce sont d'abord des soins GÉNÉRAUX qui conviennent à tout anus et il va sans dire que les téguments devront être protégés régulièrement avec une pâte à l'oxyde de zinc, et qu'il faudra veiller attentivement au bon fonctionnement de l'intestin, et éviter toute constipation.

Ce sont enfin des soins qui sont *propres à cet anus et qui sont nécessités par l'existence du tunnel*. Ce tunnel en effet est exposé à toutes les souillures, il est dans un état d'humidité permanente. Ce tunnel aura donc besoin chaque jour d'être nettoyé, et asséché avec de petits tampons; enfin pour le mieux protéger contre la pénétration des matières il sera bon de le combler avec une baguette de verre qu'on enlèvera tous les jours pour la nettoyer.

Fonctionnement de l'anús.

Un anus pratiqué selon la technique de M. Cunéo présente déjà par lui-même un certain degré de continence.

Chez la plupart de nos malades il fonctionne surtout le matin entre 8 h. et 12 heures et très peu le reste de la journée. En général il ne s'écoule aucune matière la nuit.

Appareillage. — Pour résoudre le problème de la continence il faut donc imaginer un appareil à deux branches qui permette d'exercer sur l'intestin une compression assez forte pour assurer l'occlusion de la lumière intestinale tout en étant insuffisante pour léser l'intestin.

On peut concevoir différents appareils de ce genre, mais quel que soit l'appareil employé il est un certain nombre de points qu'il faut bien connaître pour obtenir le résultat désiré.

L'appareil ne doit être placé que lorsque la cicatrisation est parfaite, de plus le même appareil ne convient pas à tous les opérés, ses dimensions doivent être établies pour chaque malade, car il est bien évident qu'il est impossible pour le chirurgien de faire dans tous les cas un tunnel identique.

Enfin lorsqu'on dispose d'un appareil spécialement construit pour l'opéré il faut éduquer ce dernier et c'est là un point fondamental.

Il faut d'abord apprendre au malade à mettre l'appareil et à l'enlever, c'est à lui à fixer le degré de compression qu'il peut supporter.

Au début l'appareil est assez mal supporté, on le laissera donc très peu de temps en place, c'est progressivement qu'on augmentera la durée du temps d'application.

Dans les cas heureux les malades arrivent à supporter cet appareil huit heures. C'est ce que nous avons constaté pour deux opérés. Dans deux autres cas la compression n'est tolérée que pendant quatre ou cinq heures.

Quand l'appareil est en place la continence est toujours parfaite pour les matières solides, elle est moins bonne pour les matières liquides qui à la longue arrivent à filtrer et souillent légèrement le pansement ; d'ailleurs lorsqu'à la diarrhée s'ajoutent des coliques le port de l'appareil devient rapidement intolérable.

Nous ne croyons pas que la continence pour les gaz puisse être assurée bien que les auteurs allemands prétendent avoir obtenu la continence des gaz en réalisant des sphincters artificiels par tunnellisation. Il nous paraît en effet bien difficile de comprimer suffisamment l'intestin pour que les gaz n'arrivent pas à se frayer un chemin et ne s'échappent à l'insu même du malade.

Pour assurer une continence aussi satisfaisante que possible nous conseillons aux opérés de laisser l'anus fonctionner le matin entre 8 heures et 11 heures et de favoriser même la vidange intestinale par de petits lavages intestinaux. Vers 11 heures l'appareil est mis en place, un petit tampon de gaze est placé dans la lumière même de l'anus et par-dessus on applique un pansement légèrement compressif. L'appareil est enlevé à la fin de l'après-midi ; plus ou moins tard selon la tolérance de

l'intestin. A ce moment on laisse l'anus fonctionner à nouveau et s'il est nécessaire l'appareil est remis en place.

Pendant la nuit il vaut mieux enlever l'appareil. Dans le service du professeur Cunéo on s'est servi de l'appareil imaginé par M. Rolland. Cet appareil a été décrit en détail dans l'article de M. Cunéo.

Cet appareil est d'un mécanisme déjà compliqué, la présence de ressorts, de rainures, rend son entretien difficile, aussi pensons-nous que cet appareil peut être simplifié. Nous avons obtenu une continence aussi bonne avec un appareil (fig. 12) particulièrement simple que nous a construit M. Hibert, chef de l'atelier de réparations de l'hôpital Lariboisière. Cet appareil est formé de deux pièces métalliques de la grosseur d'un porte-plume. L'une des branches de l'appareil a la forme d'un U. La portion horizontale de cette branche est destinée à combler le tunnel cutané dont elle a les dimensions. Cette branche en U représente donc la partie fixe de l'appareil.

L'autre branche de l'appareil est rectiligne, elle a juste la longueur du segment horizontal de la pièce en U, elle s'applique sur les téguments à hauteur du tunnel et latéralement vient s'articuler avec les deux branches verticales de la pièce coudée. Cette branche peut être rapprochée à volonté du segment horizontal de la pièce coudée à l'aide d'un écrou à pas de vis intérieur et ainsi l'on peut exercer sur l'intestin la compression que l'on désire.

Pour n'être pas obligé d'avoir deux pièces séparées,

une charnière est faite sur la pièce mobile ; grâce à cet artifice, qu'on veuille placer l'appareil ou le retirer, il est inutile d'enlever la pièce mobile, il suffit de dévisser un seul écrou ; les deux pièces restent fixées l'une à l'autre et les manœuvres d'introduction ou d'ablation de l'appareil ne sont nullement gênées pour cela.

Pour que la compression soit moins brutale, il est bon de passer chacune des branches de l'appareil dans un drain de calibre convenable.

Enfin pour faciliter la mise en place de l'appareil et éviter toute lésion du tunnel cutané on aura toujours soin d'enduire l'appareil et les drains d'huile goménolée.

Résultats. — La première opération de ce genre faite par M. Cunéo remonte à juin 1921. Ce serait déjà un recul suffisant pour juger de la méthode. Malheureusement surtout au début les sujets opérés présentaient uniquement des néoplasmes très avancés du rectum et les malades sont morts un mois ou deux après l'opération.

Dans le service du professeur Cunéo 11 anus continents ont été pratiqués depuis 1921.

6 malades sont morts de cachexie avant qu'on ait eu le temps de les appareiller. Parmi eux se trouve un malade opéré en état de subocclusion et chez lequel une infection pariétale étendue avait déterminé un échec de la méthode. 5 malades sont encore en vie.

L'un d'eux d'intelligence très bornée trouve plus simple de porter une poche.

Un autre a présenté un léger sphacèle du lambeau

interne (ancienne technique du professeur Cunéo) d'où les difficultés de l'appareillage.

Les 3 autres sont pleinement satisfaits de la continence que l'appareil leur assure.

Chez ces malades nous n'avons constaté ni déformation du tunnel, ni ulcération cutanée au niveau des points d'appui de l'appareil.

Du côté de l'anus nous avons noté de la sténose de l'orifice ou de l'exubérance de la muqueuse, mais ce sont des accidents communs à tous les anus artificiels.

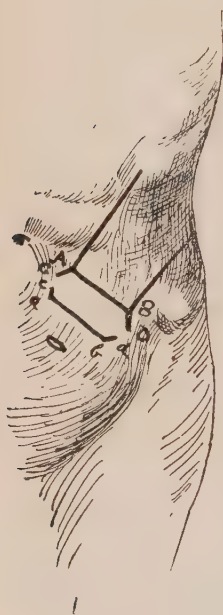


FIG. 1.

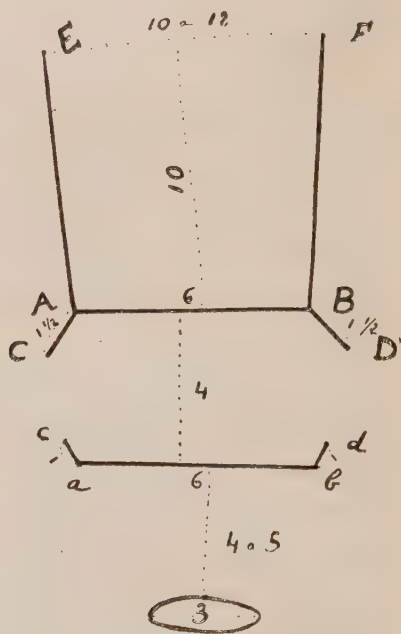


FIG. 2.

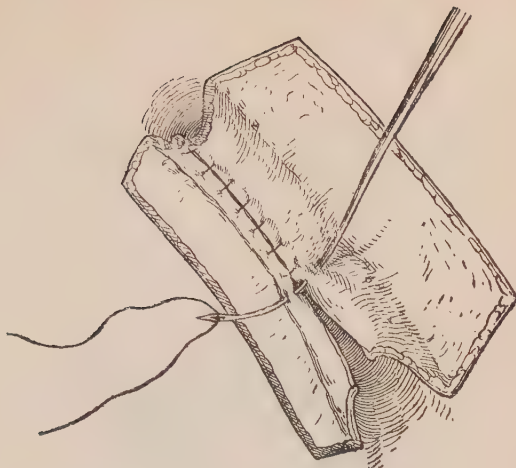


FIG. 3. — Cunéo, Presse médicale.
Confection du tunnel cutané.

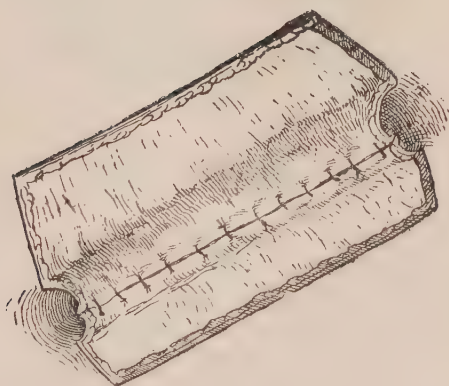


FIG. 4. — Cunéo, Presse médicale.
Tunnel achevé.

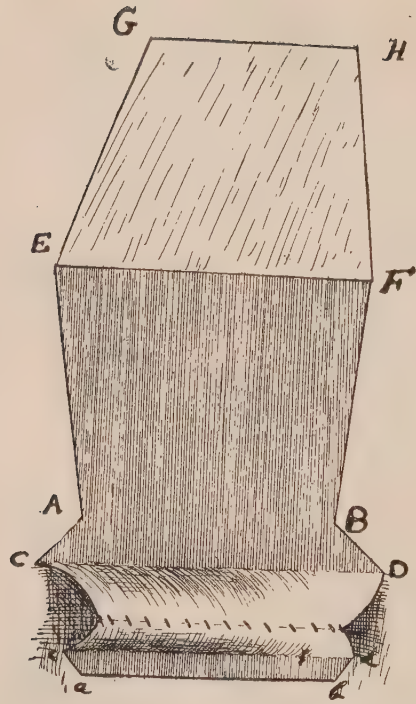


FIG. 5.

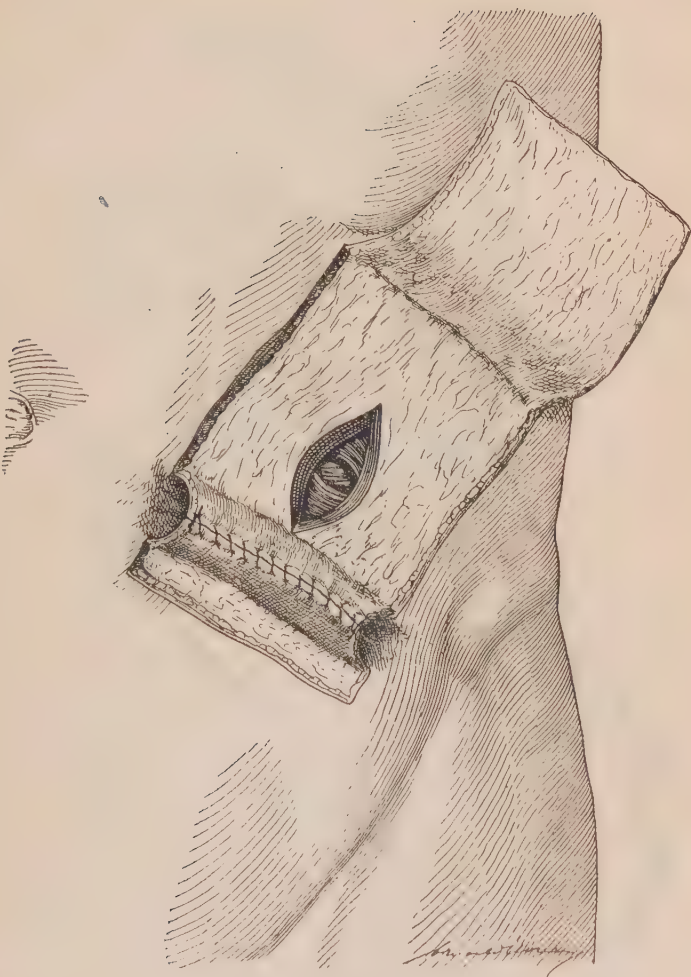


FIG. 6. — Ouverture de l'abdomen.

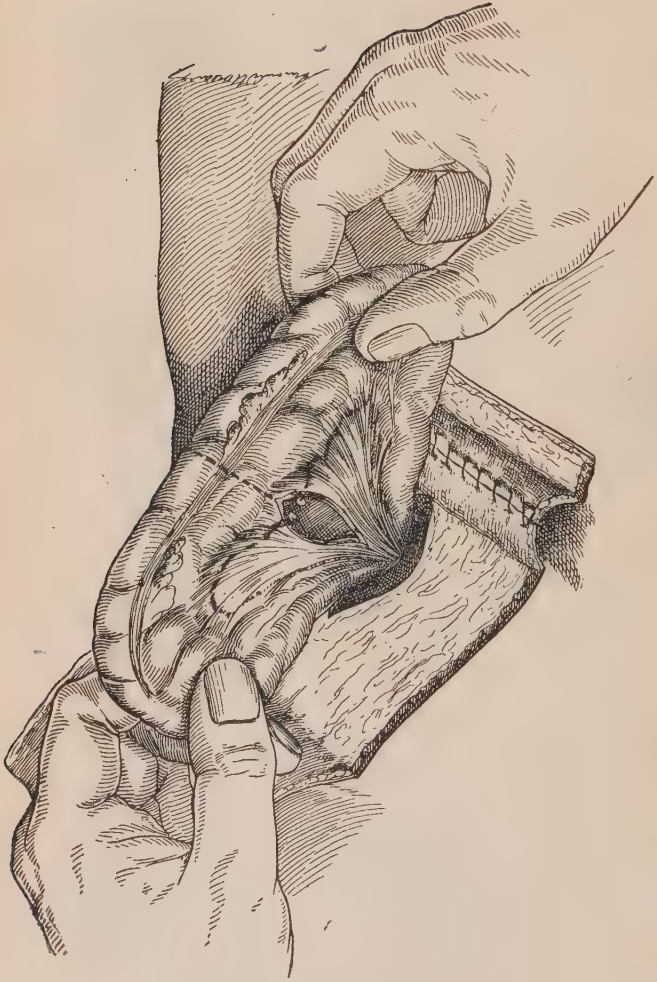


FIG. 7. — Section du meso.

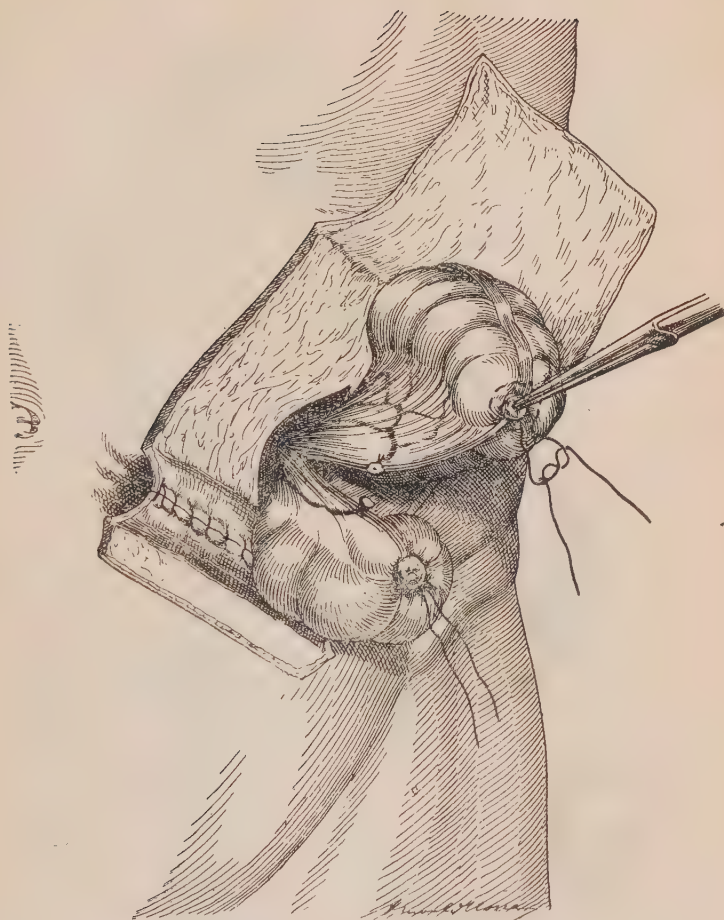


FIG. 8. — Fermeture de l'intestin.



FIG. 9. — Mise en place de l'intestin.

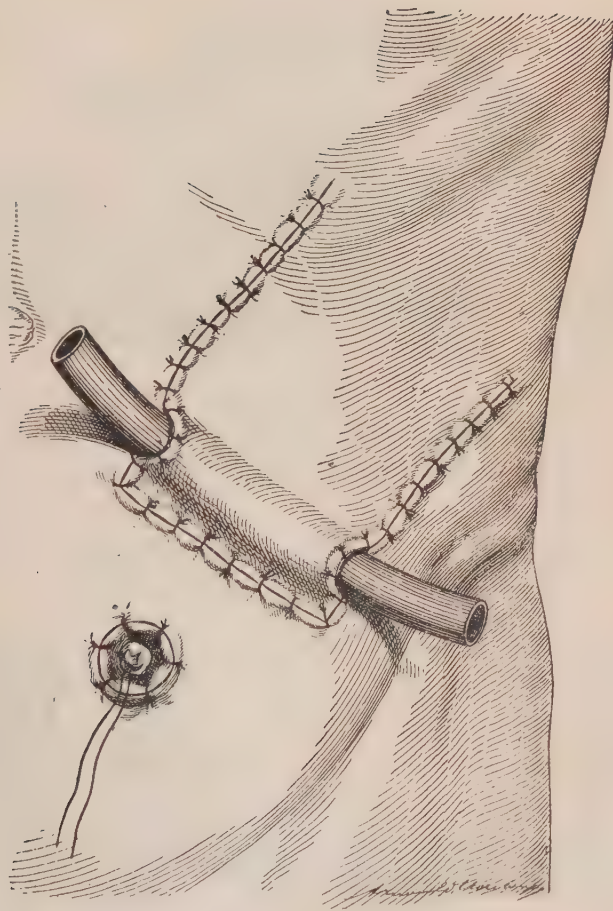


FIG. 10. — Opération terminée.

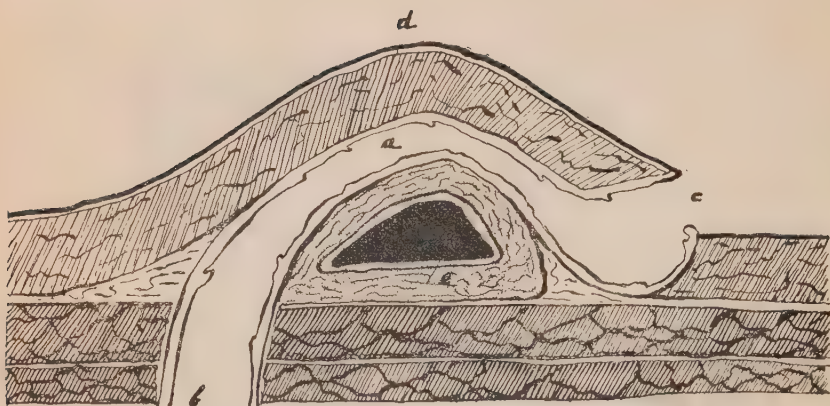


FIG. 11. — Coupe sagittale.
a) intestin ; b) émergence de l'intestin à travers la paroi ;
c) anus ; d) téguments ; e) tunnel.

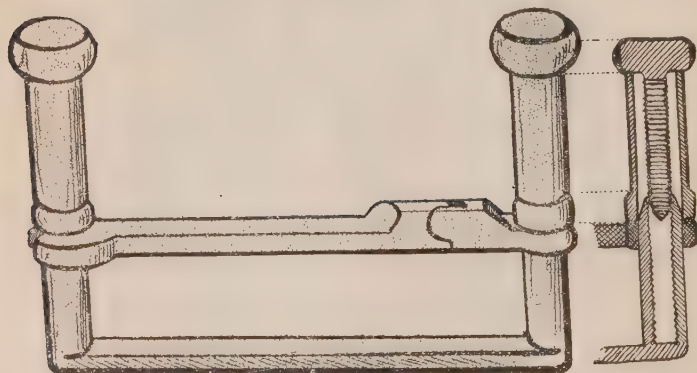


FIG. 12. — Appareil.

OBSERVATION I

R... Rose, âgée de 53 ans.

Diagnostic : néoplasme du rectum.

Anus iliaque définitif (M. le professeur Cunéo).

27 juillet 1921. — Malade opérée avec l'ancienne technique à deux lambeaux de M. Cunéo.

Anus reste fermé pendant cinq jours.

Ablation des fils le onzième jour. Cicatrisation par première intention sans le moindre sphacèle.

En octobre, amputation du rectum (abdomino-périnéale).

En novembre 1921 mise en place de l'appareil. Malade revue dans les premiers jours de 1923.

Tunnel large, ne s'est pas rétréci depuis deux ans, peau en bon état.

Fonctionnement de l'anús.

L'appareil a été d'emblée bien supporté pendant deux à trois heures, actuellement il est toléré pendant huit heures.

La malade laisse fonctionner l'anús le matin de 8 à 12 heures.

A midi l'appareil est mis en place jusqu'au soir à 8 heures. Il est alors enlevé et n'est remis que le lendemain.

Tant que l'appareil est en place il ne s'écoule par l'anús aucune matière.

Lorsque la malade a de la diarrhée avec coliques l'appareil ne peut être supporté.

OBSERVATION II

Ch... Auguste, 67 ans.

Diagnostic : néoplasme inextirpable du rectum.

Anus iliaque définitif. M. le professeur Cunéo. — 26 mai 1922.

Malade opéré avec l'ancienne technique à deux lambeaux cutanés.

Anus ouvert le cinquième jour.

Ablation des fils le onzième jour.

Sphacèle de la portion terminale du lambeau interne.

Toute la peau comprise entre l'anus et la ligne de suture des deux lambeaux s'est sphacelée ; en juillet la cicatrisation est complète mais l'anus est au contact même du tunnel cutané.

En septembre 1922 on a essayé de mettre en place l'appareil de Rolland. L'appareil a été mal supporté car la pression s'exerçait sur la muqueuse même de l'anus.

L'appareil a été remplacé par une simple épingle à cheveux à branches résistantes. Les branches sont entourées de caoutchouc et sont rapprochées par un lien.

Grâce à cet appareil de fortune le malade obtient une continence suffisante pendant trois heures.

OBSERVATION III

M... Henri, 50 ans.

Diagnostic. — Tuberculose étendue de la région anale.

Anus iliaque. (M. le professeur Cunéo), février 1922.

Malade opéré selon la technique à deux lambeaux cutanés.

Ouverture de l'anus le cinquième jour.

Ablation des fils le douzième jour.

Très légère désunion cutanée en un point.

Cicatrisation obtenue en avril seulement.

Mise en place de l'appareil en avril.

L'appareil a été assez mal toléré au début et c'est au bout d'un mois seulement que l'appareil a pu être laissé pendant quatre heures consécutives.

Malade revu en mars 1923.

Tunnel cutané non modifié, peau en bon état.

L'appareil n'est supporté que pendant quatre heures.

La continence obtenue est satisfaisante.

OBSERVATION IV

G... Emilie, 52 ans.

Diagnostic. — Néoplasme recto-sigmoïdien inextirpable.

Anus iliaque définitif (D^r Bloch), 28 juin 1922.

Malade opérée selon la technique indiquée (un seul lambeau).

Anus ouvert au bout du septième jour seulement.

Ablation des fils le neuvième jour, pas de sphacèle, pas de suppuration.

Appareillage en août.

L'appareil est d'emblée bien supporté et la malade quitte l'hôpital le 24 août 1922.

Malade revue en janvier 1923.

Tunnel large.

Légère sténose de l'orifice intestinal, peau en bon état.

Fonctionnement de l'anus. — La malade laisse fonctionner l'anus le matin, entre 8 heures et 11 heures.

Vers 11 heures, mise en place de l'appareil qui est supporté jusqu'au soir.

L'appareil n'est jamais laissé la nuit.

Quand l'appareil est enlevé, la malade place dans le tunnel une petite baguette en verre.

Continence très satisfaisante avec l'appareil.

OBSERVATION V

T... Louis, 59 ans.

Diagnostic. — Néo inextirpable du rectum.

Anus iliaque définitif (M. le professeur Cunéo).

Juillet 1922. — Technique à un seul lambeau cutané.

Anus ouvert le cinquième jour.

Ablation des fils le 7.

Réunion par première intention.

Mise en place de l'appareil en septembre.

Le malade mal éduqué et d'ailleurs d'intelligence bornée laisse en place l'appareil cinq jours, sans songer à enlever l'appareil un seul instant.

Au bout de cinq jours le malade a éprouvé de vives douleurs et la peau est devenue rouge. Il est même tout à fait surprenant que la tolérance intestinale ait été aussi longue. Le malade n'a jamais voulu comprendre que les douleurs qu'il avait éprouvées étaient dues uniquement à ce que l'appareil avait été laissé en place trop longtemps ; depuis il s'est refusé au port de tout appareil.

Ce malade a été revu en février 1923 : il n'y avait aucune modification du tunnel cutané.

OBSERVATION VI

G... Louis, 53 ans.

Diagnostic. — Néoplasme inextirpable du rectum.

Anus iliaque (D^r Picot).

9 août 1922. — Malade opéré selon la technique que nous avons décrite avec un seul lambeau cutané.

Intestin très distendu ; il a fallu ponctionner l'S sigmoïde.

Suture du point ponctionné. A cause de la distention intestinale il a été très difficile de recouvrir l'S sigmoïde extériorisé avec le lambeau cutané.

Dans les jours qui ont suivi l'intervention un phlegmon gangréneux de la paroi s'est déclaré, d'où désunions des sutures et échec du procédé.

Mort en octobre 1922 d'une affection pulmonaire.

CONCLUSIONS

Principe. — Le procédé d'anūs continent imaginé par M. le professeur Cunéo appartient au groupe des procédés par tunnèllisation.

Indications. — Les indications de l'anūs continent sont limitées, elles méritent donc d'être précisées avec soin.

Il peut être employé quelquefois comme anūs temporaire, LE PLUS SOUVENT COMME ANUS DÉFINITIF.

A) *Anus temporaire.*

Dans les affections bénignes du rectum :

- 1° Rectites tenaces ;
- 2° Rétrécissements peu marqués ;
- 3° Certaines périrectites d'origine génitale ;
- 4° Certaines fistules recto-vésicales, recto-vaginales.

L'anūs dans ces différents cas est destiné à faciliter la guérison des affections précitées.

B) *Anus définitif.*

Dans les affections graves du rectum :

- 1° Rétrécissement infranchissable ;

2° Cancer ou tumeur villeuse ;

3° Tuberculose ano-rectale.

Il convient aussi bien au cas où l'exérèse est possible qu'à ceux où l'on doit renoncer à toute tentative d'amputation rectale.

Contre-indications.

1° Mauvais état général, obésité.

2° Mauvais état de la paroi abdominale : paroi très faible et grasse.

3° Distension intestinale (occlusion ou subocclusion).

4° Variétés de l'anse sigmoïde : meso court, impossibilité d'extérioriser anse sigmoïde volumineuse avec des parois hypertrophiées et de nombreuses franges adipeuses difficulté pour recouvrir cette anse sigmoïde avec le lambeau cutané qu'on a taillé.

Technique opératoire.

1° Création d'un tunnel cutané.

2° Tracé et dissection d'un lambeau latéral.

3° Ouverture de l'abdomen, extériorisation du côlon.

4° Section du meso, section de l'intestin avec fermeture des deux extrémités.

5° Fermeture de l'abdomen.

6° Mise en place de l'intestin.

7° Rabattement du lambeau.

Dangers opératoires.

1° La lésion d'une artère sigmoïde.

2° L'infection pariétale.

Adaptation de cette technique à d'autres anus.

1° aux anus du transverse.

2° aux anus iliaque déjà existant, d'où leur transformation possible en anus continents.

Soins pré-opératoires.

1° Assurer la vacuité intestinale (lavement, purge).

2° Désinfection des téguments si l'on veut transformer un anus ordinaire en anus continent.

Suites opératoires.

1° Immédiates. Bonnes à la condition de n'ouvrir l'anus que tardivement (5° jour); réunion par première intention fréquente. Cicatrisation complète au bout d'un mois.

2° Tardives. Le tunnel ne subit pas de modifications.

Appareillage. — La continence est obtenue à l'aide d'un appareil à deux branches comprimant l'intestin.

Cette compression se fait au niveau du tunnel, en amont de l'anus perpendiculairement à la direction de l'intestin.

Cet appareil ne peut être appliqué que quand la cicatrisation de la plaie opératoire est parfaite.

Son application doit être intermittente, elle nécessite toujours une certaine éducation de l'opéré.

Résultats. — La continence obtenue avec l'appareil est suffisant le plus souvent ; chez un sujet éduqué on peut obtenir une continence de 6 à 8 heures consécutives.

Au bout de ce laps de temps il est prudent d'enlever l'appareil. Mais il n'y a aucun inconvénient à le remettre un peu plus tard s'il est nécessaire.

Ces résultats plaident en faveur de la technique de M. le professeur Cunéo, ils doivent solliciter ceux qui auront à réaliser un anus continent.

Vu : le Président de la thèse,

CUNÉO

Vu : le Doyen,
G. ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- OMBREDANNE. — Société de Chirurgie de Paris, nov. 1920.
- D'ANVERS (François). — Société de Chirurgie, 16 mai 1921.
Pressé médicale, 4 mai 1921.
- CUNÉO. — Société de Chirurgie, nov. 1921. *Presse médicale*,
19 avril 1922.
- SCHWARTS. — Société de Chirurgie, 30 mai 1922.
- LAMBRET. — Société de Chirurgie, 27 juin 1922.
- KURTZAHN. — In *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, Bd CLXVII,
fasc. 1 et 2, p. 129 à 138, nov. 1921.
- KAISER (Fr.-J.). — *Brün's Beiträge z. Klin. Chirurgie*, Bd.
CXXIV, fasc. 3, p. 548, 1921.
- WALDEMAR GOLDSGHMIDT. — In *Zentralbl. f. Chirurgie*, 1921,
n° 27, p. 961-962.
- W. HARTERT. — *Zentralbl. f. Chirurgie*, 1921, n° 31, p. 1107-
1109.
- HANS-HANS. — *Zentralbl. f. Chirurgie*, 1921, n° 37, p. 1348-
1349.
- KAISER (Fr.-J.). — *Zentralbl. f. Chirurgie*, 1921, n° 41, p. 1505-
1508 et 1507-1510.

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE A. MALOINE ET FILS
